ORIGINAL ARTICLE

Factors Affecting Sleep Quality in Older Adults in Amol, Iran: A Causal Study

Parisa Habibi[1],
Sussan Moudi[2],
Reza Ghadimi[3]

[1] MSc in Geriatric Nursing, Facfulty of Public Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychiatry, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[3] Professor, Department of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received January 3, 2023 ; Accepted June 10, 2023)

Abstract

Background and purpose: Poor sleep quality is one of the most common problems in older population. Sleep disorder has negative effects on physical, mental, and social aspects of their life and influences their quality of life. This study was carried out to assess the sleep quality and its related factors in older adults.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in older adults aged 60 years and over living in Amol, north of Iran who were willing to participate in the study, did not have Alzheimer's disease and major depression, and could respond to questions. They were selected via multi-stage random sampling. The Pittsburgh Sleep Quality Index, Abbreviated Mental Test Score (AMTS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), SF36 Quality Of Life Questionnaire, and Physical Activity Scale For The Elderly (PASE) were used for data collection. A trained researcher filled out the research questionnaires.

Results: Among 401 participants, 191 (47.6%) were women and 276 (68.8%) people were living in urban areas. Findings showed that 192 (47.9%) people had poor sleep quality. Multivariate logistic regression analysis showed significant relationships between sleep quality and taking sleeping drugs (adjusted OR: 6.57, 95% CI: 2.95-14.60, P=0.001), female gender (aOR: 5.40, 95% CI: 2.81-10.36, P=0.001), and depression (aOR: 0.46, 95% CI: 0.21-1.00, P=0.05), and also between physical (aOR: 0.97, 95% CI: 0.95-1.01, P=0.05) and mental (aOR: 0.95, 95% CI: 0.92-0.99, P=0.05) aspects of life.

Conclusion: Findings revealed a high prevalence of poor sleep quality in the elderly which was associated with female gender, taking sleeping drugs, and depression. So, appropriate interventions are suggested to improve sleep quality in older adults.

Keywords: sleep quality, elderly, mental health

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 67-76 (Persian).

Corresponding Author: Reza Ghadimi, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (E-mail: rezaghadimi@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۲ تیر سال ۱۴۰۲ (۷۶-۶۷)

عوامل موثر بر کیفیت خواب در سالمندان شهر آمل: یک مطالعه علیتی

پریسا حبیبی[۱]
سوسن موعودی[۲]
رضا قدیمی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: کیفیت نامناسب خواب یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند. اختلال خواب، اثرات نامطلوب گسترده‌ای برجنبه‌های مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان خواهد داشت و کیفیت زندگی ایشان را تحت تاثیر قرار خواهد داد. لذا مطالعه حاضر به‌منظور بررسی کیفیت خواب در سالمندان و شناسایی عوامل موثر بر آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی جمعیت ۶۰ سال و بالاتر شهرستان آمل، شمال ایران، که رضایت فردی جهت شرکت در مطالعه داشتند و در مصاحبه پزشکی، آلزایمر و افسردگی شدید نداشتند و قادر به پاسخ‌گویی سوالات بودند، انجام گرفت. نمونه پژوهش به روش نمونه گیری چند مرحله ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ، آزمون کوتاه شده شناختیAMTS، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS، کیفیت زندگیSF36 و پرسشنامه فعالیت فیزیکی سالمندان PASE استفاده شد. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط محقق آموزش دیده طرح انجام گرفت.

یافته‌ها: از ۴۰۱ شرکت‌کننده، ۱۹۱ نفر (۴۷/۶ درصد) زن و ۲۷۶ نفر (۶۸/۸ درصد) ساکن شهر بودند. یافته‌ها نشان داد ۱۹۲ نفر از سالمندان (۴۷/۹ درصد) کیفیت خواب نامطلوب داشتند. در آنالیز رگرسیون لجستیک چند متغیره، مصرف داروی خواب (aOR=۶/۵۷ CI٪۹۵(۲/۹۵ – ۱۴/۶۰)، جنس زن (aOR=۵/۴۰ CI٪۹۵(۲/۸۱ – ۱۰/۳۶)، افسردگی (aOR=۰/۴۶ CI٪۹۵(۰/۲۱ – ۱/۰۰) و بعد جسمانی (aOR=۰/۹۷ CI٪۹۵(۰/۹۵ – ۱/۰۱) و روانی (CI٪۹۵(۰/۹۲ – ۰/۹۹ aOR=۰/۹۵) کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌دار آماری با کیفیت خواب در حضور سایر متغیرها را نشان دادند.

استنتاج: یافته های این مطالعه حاکی از فراوانی بالای کیفیت نامطلوب خواب در بین سالمندان بود، که با مصرف داروی خواب‌آور، جنس زن و وضعیت افسردگی ایشان در ارتباط بود. بدین جهت، مداخلات مناسب به منظور بهبود کیفیت خواب سالمندان پیشنهاد می‌گردد.

واژه های کلیدی: کیفیت خواب، سالمند، سلامت روان

مقدمه

برآوردها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰، یک پنجم جمعیت دنیا در گروه سنی سالمندی قرار خواهند داشت و این در حالی است که ۸۰ درصد این گروه سنی، در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند.

مولف مسئول: رضا قدیمی– بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت E-mail: rezaghadimi@yahoo.com
۱. کارشناس ارشد سالمند شناسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. استاد، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۱۰/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱۱/۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۳/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

با افزایش جمعیت سالمندان در مناطق مختلف جهان، شناخت تغییرات فیزیولوژیکی مرتبط با این جمعیت و اتخاذ راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و کنترل اختلالات شایع این دوران و ارتقای سالمندی سالم و فعال، اهمیت بیش‌تری یافته است(۱). مرور شواهد نشان می‌دهد که خواب کافی همراهی معنی‌داری با نشانگرهای سلامتی در دوران سالمندی دارد و لحاظ نمودن طول مدت و کیفیت مناسب خواب می‌تواند موجب ارتقای سالمندی سالم گردد(۲).

اختلالات خواب با کاهش مدت زمان، کاهش کیفیت خواب، افت اثربخشی خواب، افزایش غیرطبیعی بیدارشدن در طول مدت خواب و خواب آلودگی در طول روز شناسایی می‌شوند و یکی از شایع‌ترین مشکلاتی هستند که سالمندان با آن مواجه می‌باشند. گزارش‌ها نشان می‌دهند که ۷۰-۵۰ درصد از سالمندان، به نوعی از اختلال خواب رنج می‌برند و شایع‌ترین اختلال خواب در این گروه سنی، بی خوابی است(۳). اما به رغم این فراوانی بالا، بی‌خوابی در سالمندان به درستی تشخیص و درمان نشده و یا مداخلات انجام گرفته رضایت بخش نیستند(۴). اختلال خواب در سالمندان، اثرات نامطلوب گسترده‌ای بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها خواهد داشت و کیفیت زندگی ایشان را تحت تاثیر قرار خواهد داد(۶،۵).

برخی مطالعات پیشین، گزارش نموده‌اند که کیفیت خواب سالمندان تحت تاثیر عوامل فردی، فاکتورهای محیطی، اجتماعی و عوامل شغلی آن‌هاست و بدین لحاظ ضرورت دارد که در جوامع مختلف، ارزیابی اختصاصی این عوامل انجام گیرد(۷،۳). از آن‌جایی که نامطلوب بودن کیفیت خواب بر وضعیت سقوط، احتمال وقوع بیماری های مختلف و کوموربیدیتی‌ها (از قبیل افسردگی و اضطراب، اختلالات قلبی، بیماری‌های تنفسی، ریفلاکس‌های گوارشی، شب ادراری، دردها، بیماری پارکینسون، زوال عقل و چندداروییی)، ناتوانی‌ها و مرگ و میر سالمندان تاثیرگذار است، ارزیابی خواب در این گروه جمعیتی، باید به‌صورت ادواری و منظم در خدمات جامع مراقبتی ایشان مدنظر قرار گیرد، تا در صورت تشخیص اختلال خواب، مداخلات مناسب، به خصوص درمان‌های غیردارویی برای بیماران شناسایی شده آغاز گردد(۸). مرور شواهد نشان می‌دهد که درسال‌های اخیر، مطالعات بسیاری به‌صورت مجزا به بررسی کیفیت خواب و برخی از عوامل احتمالی تاثیرگذار بر آن در جمعیت سالمندان پرداخته‌اند(۵-۳،۹،۱۰)، لیکن مطالعاتی که به بررسی جامعی از عوامل متعدد تاثیرگذار بر کیفیت خواب سالمندان پرداخته باشد، بسیار محدود است. بدین لحاظ مطالعه حاضر به بررسی عوامل مختلف مرتبط با کیفیت خواب سالمندان پرداخته است تا بر مبنای شواهد، گامی در راستای ارتقاء کیفیت خواب وکیفیت زندگی سالمندان برداشته شود.

مواد و روش ها

طراحی و جمعیت مورد مطالعه

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی بود که به روش مقطعی در جمعیت سالمندان شهر آمل در سال ۱۳۹۷ انجام گرفته است. تمامی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر که رضایت فردی جهت شرکت در مطالعه داشته و در مصاحبه پزشکی و خود اظهاری انجام گرفته، آلزایمر و افسردگی شدید نداشتند و قادر به پاسخگویی سوالات بودند، وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با توجه به P=۰/۵ و d برابر با ۰/۰۵و با سطح اطمینان ۹۵ درصد، به تعداد ۳۸۴ نفر محاسبه شد. به منظور انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای استفاده شد؛ در این خصوص، ابتدا شهرستان به ۲ طبقه شهر و روستا تقسیم شده و در هر قسمت از ۵ منطقه شمال، مرکز، شرق، غرب و جنوب، ۲ مرکز بهداشتی- درمانی (خوشه) انتخاب شد و از روی لیست افراد سالمند به‌طور تصادفی ۴۰ نفر (با رعایت توزیع جنسی) انتخاب و برای مطالعه به مرکز بهداشتی درمانی دعوت و اطلاعات توسط تیم تحقیق از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

آنان و در مواردی که فرد به تنهایی قادر به ارایه اطلاعات نبود از همراهان مطلع جمع آوری گردید.

متغیرهای مورد بررسی و روش جمع‌آوری داده‌ها

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه حاوی مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ، آزمون کوتاه شده شناختی، پرسشنامه اضطراب و افسردگی HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)، کیفیت زندگی SF36 (Item Short form-36) و پرسشنامه فعالیت فیزیکی سالمندان PASE (Physical Activity Scale for the Elderly) جمع‌آوری شده است. عوامل تاثیرگذار بر کیفیت خواب شامل مصرف مواد مخدر، مصرف چای یا قهوه بعد از ساعت ۱۸، مصرف شام بعد از ساعت ۲۱ و خواب نیم روزی بیش‌تر از ۳۰ دقیقه، هم‌چنین وضعیت خروپف، شب ادراری، مصرف ۵ دارو یا بیش‌تر و مصرف داروی خواب طی مصاحبه با سالمند یا همراه مطلع وی جمع‌آوری شده است.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ یک پرسشنامه استاندارد است که به منظور ارزیابی کیفیت خواب افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای سوالاتی در ۷ زمینه شامل نظر شخصی فرد از کیفیت خواب، مدت خواب، تاخیر در خواب، کارایی عادت به خواب مفید و موثر، خواب ناآرام، استفاده از داروهای خواب آور و مختل بودن عملکرد روزانه می‌باشد. نمرات افراد بین ۰ تا ۲۱ به‌دست می‌آید که نمرات بالاتر نشانگر کیفیت نامناسب‌تر خواب می‌باشد. نمرات کم‌تر از ۵ تحت عنوان کیفیت مطلوب خواب و نمره ۵ و بیش‌تر به‌عنوان کیفیت نامطلوب خواب طبقه‌بندی شده است(۱۱). ترجمه فارسی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در سالمندان ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است(۱۲).

برای ارزیابی وضعیت شناختی سالمندان از آزمون کوتاه شده شناختی AMTS (The abbreviated mental test score) استفاده شد. بر اساس این ابزار که از ۱۰ سوال تشکیل شده، نمرات کم‌تر از ۶، نشان‌دهنده اختلال شناختی، نمرات بالاتر از ۸، نشان‌دهنده وضعیت‌شناختی نرمال و نمرات بین ۶ تا ۸ مشکوک به اختلال شناختی شمرده می‌شوند. روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسشنامه در ایران به تایید رسیده است(۱۳).

پرسشنامه اضطراب و افسردگی HADS به‌عنوان ابزاری جهت غربالگری افسردگی و اضطراب در درمانگاه‌های سرپایی معرفی شده است. آزمون دارای دو جزء افسردگی و اضطراب است و نمرات زیر مقیاس‌های مذکور در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. نمره ۰تا ۷ طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف یا بینابینی و نمره بالاتر از ۱۰ شدید یا انحراف از وضعیت سلامتی در نظر گرفته می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در ایران مورد تایید قرار گرفته است(۱۴).

پرسشنامه ۳۶ سوالی SF36 یکی از ابزارهای استاندارد سنجش کیفیت زندگی است که ۸ جنبه از ابعاد کیفیت زندگی شامل کارکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، قابلیت حیات، کارکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی را ارزیابی می‌نماید. برای هر سوال، مقیاسی از یک تا ۵ در نظر گرفته شده که امتیاز یک نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۵ نشانگر وضعیت مطلوب فرد بود. ترجمه فارسی این پرسشنامه، براساس مطالعات انجام گرفته در جمعیت سالمندان ایرانی مورد تایید قرار گرفته است(۱۵).

فعالیت بدنی شرکت‌کنندگان، با استفاده از پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری فعالیت بدنی سالمندان PASE گردآوری شد. این پرسشنامه در ۳ بخش اوقات فراغت (۶ سوال)، فعالیت در منزل (۳ سوال) و فعالیت شغلی (۱ سوال)، فعالیت بدنی سالمندان را اندازه‌گیری می‌نماید و امتیازات بیش‌تر دال بر فعالیت بیش‌تر است. در این مطالعه براساس مقدار امتیاز کسب شده، فعالیت بدنی سالمندان در سه گروه فعالیت کم، فعالیت متوسط، و فعالیت زیاد تقسیم‌بندی شدند(۱۶).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط بین متغیر وابسته (کیفیت خواب) با متغیرهای مستقل، در مرحله اول با استفاده از تحلیل تک متغیره و به‌کارگیری آزمون‌های کای اسکوئر و t-test اقدام شد. برای حذف اثر مخدوش‌کنندگی متغیرها بر روی یکدیگر، تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون لجستیک به عمل آمد. در این مرحله متغیرهایی که به‌طور جداگانه با کیفیت خواب ارتباط آنان بررسی شده بود، وارد مرحله تحلیل چندگانه شدند. مقدار P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

جامعه مورد مطالعه شامل ۴۰۱ نفر از سالمندان شهرستان آمل، متشکل از ۱۹۱ نفر (۴۷/۶ درصد) زن و ۲۱۰ نفر (۵۲/۴ درصد) مرد بودند. میانگین سنی آن‌ها ۷۲/۰۶±۷/۷۵ سال با دامنه ۶۰ تا ۱۰۰ سال بود. ۲۷۶ نفر (۶۸/۸ درصد) از سالمندان ساکن شهر و ۱۲۵ نفر (۳۱/۲ درصد) ساکن روستا بودند. میانگین نمایه توده بدنی (BMI) سالمندان مورد بررسی ۲۷/۱۹±۴/۸۹ کیلوگرم بر متر مربع بوده است. از نظر سطح سواد، بیش‌تر افراد بی‌سواد بودند و این میزان در جنس زن به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از مردان بود. مردان عمدتا با همسر زندگی می‌کردند (۹۴/۳ درصد) و کم‌تر با فرزند یا به‌صورت تنها زندگی می‌کردند. زنان بیش‌تر از ۵ برابر مردان، تنها زندگی تنها می‌کردند(P<۰/۰۰۱). مصرف مواد مخدر، مصرف چای یا قهوه بعد از ساعت ۱۸، مصرف شام بعد از ساعت ۲۱ و خواب نیم روزی بیش‌تر از ۳۰ دقیقه بیش‌تر در آقایان دیده شده است؛ ولی خروپف، شب ادراری، مصرف ۵ دارو یا بیش‌تر و مصرف داروی خواب در زنان بیش‌تر دیده شده است. میانگین تعداد داروی مصرفی در سالمندان ۳/۱۱±۲/۷۶ بود و زنان ۲/۷ برابر مردان، بیش‌تر یا مساوی ۵ دارو و داروی خواب مصرف می‌کردند (P<۰/۰۰۱).

یافته‌ها نشان داد ۱۹۲ نفر (۴۷/۹ درصد) سالمندان دارای وضعیت خواب نامطلوب بودند و این میزان در زنان ۲/۶۶ برابر مردان بوده است (۷۱/۲ درصد در مقابل ۲۶/۷ درصد) (P<۰/۰۰۰۱).

میانگین نمره کیفیت خواب در جمعیت مورد پژوهش ۵/۴۴±۳/۴۱ بود و خواب در مردان، وضعیت بهتری نسبت به زنان داشته است. جدول شماره ۱ توزیع وضعیت خواب در سالمندان به تفکیک متغیرهای دموگرافیک، فعالیت فیزیکی و نمایه توده بدنی را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که ۷۴/۵ درصد از سالمندانی که خواب نامطلوبی داشتند، بی‌سواد بودند. هم‌چنین ۸۸/۵ درصد از سالمندانی که خواب مطلوب داشتند، با همسر زندگی می‌کردند. زندگی بدون همسر همراهی معنی‌داری با کیفیت پایین خواب داشته است. بین محل زندگی و کیفیت خواب تفاوتی مشاهده نشد. ۷۰ درصد سالمندانی که کیفیت خواب نامطلوبی داشتند، از جمعیت زنان سالمند بوده‌اند.

جدول شماره ۱: توزیع وضعیت خواب در سالمندان به تفکیک متغیرهای دموگرافیک، وضعیت فعالیت فیزیکی و نمایه توده بدنی

متغیر	خواب مطلوب (n=۲۰۹) تعداد (درصد)	خواب نامطلوب (n=۱۹۲) تعداد (درصد)	OR (CI 95%)	سطح معنی‌داری
سن (سال)				
۶۰ تا ۶۴	۴۴ (۵۹/۵)	۳۰ (۴۰/۵)	۱	
۶۵ تا ۶۹	۵۰ (۴۵/۵)	۶۰ (۵۴/۵)	۱/۷۶ (۰/۹۶-۳/۱۲)	۰/۰۶
۷۰ تا ۷۹	۷۱ (۵۱/۴)	۶۷ (۴۸/۶)	۱/۳۸ (۰/۷۸-۲/۴۵)	۰/۲۶
۸۰ و بالاتر	۴۴ (۵۵/۷)	۳۵ (۴۴/۳)	۱/۱۶ (۰/۶۱-۲/۲۱)	۰/۶۳
BMI (کیلوگرم بر مترمربع)				
طبیعی	۷۴ (۵۵/۲)	۶۰ (۴۴/۸)	۱	
لاغر	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)	۲/۱۵ (۰/۶۰-۷/۲۲)	۰/۲۳
اضافه وزن	۸۶ (۵۵/۴)	۷۵ (۴۶/۶)	۱/۰۷ (۰/۶۷-۱/۷۰)	۰/۷۵
چاق	۴۵ (۴۷/۴)	۵۰ (۵۲/۶)	۱/۳۷ (۰/۸۰-۲/۳۲)	۰/۲۴
فعالیت فیزیکی				
شدید	۸۰ (۵۶/۳)	۶۲ (۴۳/۷)	۱	۰/۲۵
متوسط	۵۲ (۵۴/۲)	۴۴ (۴۵/۸)	۱/۰۹ (۰/۶۴-۱/۸۳)	۰/۷۴
خفیف	۷۷ (۴۷/۲)	۸۶ (۵۲/۸)	۱/۴۴ (۰/۹۱-۲/۲۶)	۰/۱۱
سواد				
دیپلم و بالاتر	۳۲ (۶۶/۷)	۱۶ (۳۳/۳)	۱	
زیر دیپلم	۵۱ (۶۰/۷)	۳۳ (۳۹/۳)	۱/۲۹ (۰/۶۱-۲/۷۲)	۰/۴۹
بی سواد	۱۲۶ (۴۶/۹)	۱۴۳ (۵۳/۱)	۲/۲۷ (۱/۱۹-۴/۳۳)	۰/۰۱
زندگی با				
همسر	۱۸۵ (۵۷/۳)	۱۳۸ (۴۲/۷)	۱	
فرزند	۱۸ (۴۰/۹)	۲۶ (۵۹/۱)	۱/۹۳ (۱/۰۲-۳/۶۷)	۰/۰۴
تنها	۶ (۱۷/۷)	۲۸ (۸۲/۳)	۶/۲۵ (۲/۵۲-۱۵/۵۲)	۰/۰۰۱
محل زندگی				
روستا	۶۳ (۵۰/۴)	۶۲ (۴۹/۶)	۱	
شهر	۱۴۶ (۵۲/۹)	۱۳۰ (۴۷/۱)	۰/۹۰ (۰/۵۹-۱/۳۸)	۰/۶۴
جنس				
مرد	۱۵۴ (۷۳/۳)	۵۶ (۲۶/۷)	۱	
زن	۵۵ (۲۸/۸)	۱۳۶ (۷۱/۲)	۶/۸۰ (۴/۳۸-۱۰/۵۳)	۰/۰۰۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

ازبین عوامل دموگرافیک به‌ترتیب جنس زن، زندگی تنها و بی‌سوادی، بیش‌ترین تاثیر را بر اختلال خواب داشته وهمراهی‌آن‌ها معنی‌دار بود(P=۰/۰۰۱). هم‌چنین با افزایش فعالیت فیزیکی، میزان خواب نامطلوب کم‌تر دیده شده است؛ گرچه این تغییر از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در جدول شماره ۲ وضعیت امتیاز اجزای مختلف کیفیت خواب برحسب جنس آورده شده است. یافته‌ها نشان داد که همه اجزای کیفیت خواب غیر ازمدت خواب در مردان و زنان سالمند تفاوت معنی‌داری داشته است (P<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره ۲: مقایسه امتیاز اجزای کیفیت خواب در سالمندان به تفکیک جنس

هفت جزء کیفیت خواب	میانگین و انحراف معیار امتیاز		سطح معنی‌داری
	زن	مرد	
کیفیت ذهنی خواب	۱/۳۱±۰/۷۲	۰/۸۷±۰/۵۴	۰/۰۰۰۱
تاخیر خواب	۱/۵۵±۱/۲۱	۰/۹۷±۰/۶۲	۰/۰۰۰۱
مدت خواب	۱/۳۵±۰/۹۹	۱/۱۸±۰/۷۸	۰/۰۵۷
کارایی خواب	۰/۹±۰/۶۲	۰/۴۵±۰/۱۶	۰/۰۰۰۱
اختلال خواب	۰/۳۵±۰/۰۵	۰/۸۹±۰/۳۷	۰/۰۰۰۱
مصرف داروی خواب	۱/۲۹±۰/۷۶	۰/۷۷±۰/۲۲	۰/۰۰۰۱
اختلال در عملکرد	۰/۷۷±۰/۳۴	۰/۳۷±۰/۰۷	۰/۰۰۰۱

در جدول شماره ۳ همراهی کیفیت خواب با برخی عادات رفتاری مرتبط با سبک زندگی، مصرف داروها و سایر عوامل مورد بررسی در طرح نشان داده شده است. مصرف مواد مخدر، مصرف چای و قهوه بعد از ساعت ۱۸، مصرف شام بعد از ساعت ۲۱، خواب نیم روزی بیش‌تر از ۳۰ دقیقه، اتاق خواب مستقل، خروپف و شب ادراری تاثیر چندانی بر کیفیت خواب نداشتند؛ ولی مصرف داروی خواب و چند دارویی به‌ترتیب بیش‌ترین تاثیر را بر کیفیت خواب داشته است به‌طوری که ۵۹ درصد از سالمندانی که خواب مطلوبی داشتند کم‌تر از ۵ دارو در روز مصرف می‌کردند؛ هم‌چنین ۶۱ درصد از سالمندانی که خواب مطلوبی داشتند مصرف داروی خواب نداشتند (P=۰/۰۰۱).

جدول شماره ۴ همراهی کیفیت خواب با متغیرهای روانشناختی شامل وضعیت شناختی، افسردگی و اضطراب سالمندان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد ۶۵ درصد افرادی که دچار اختلال شناختی بودند، خواب نامطلوبی داشتند، در حالی که افرادی که وضعیت‌شناختی طبیعی داشتند، ۳۱/۷ درصد خواب نامطلوبی داشتند؛ اختلال شناختی شانس وقوع خواب نامطلوب در سالمندان را ۳/۹۸ برابر نموده است (P<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۳: همراهی کیفیت خواب با برخی عادات رفتاری و مصرف داروها در سالمندان

متغیر	خواب مطلوب تعداد(درصد)	خواب نامطلوب تعداد(درصد)	OR (CI 95%)	سطح معنی‌داری
مصرف مواد مخدر				
ندارد	۱۹۶ (۵۲/۴)	۱۷۸ (۴۷/۶)	۱	۰/۶۶۹
دارد	۱۳ (۴۸/۱)	۱۴ (۵۱/۹)	۱/۱۸ (۰/۵۴-۲/۵۹)	
مصرف چای/قهوه بعد از ساعت ۱۸				
ندارد	۹۵ (۵۰/۳)	۹۴ (۴۹/۷)	۱	۰/۴۸۳
دارد	۱۱۴ (۵۳/۸)	۹۸ (۴۶/۲)	۰/۸۶ (۰/۵۸-۱/۲۸)	
مصرف شام بعد از ساعت ۲۱				
ندارد	۱۳۰ (۵۰/۸)	۱۲۶ (۴۹/۲)	۱	۰/۴۷
دارد	۷۹ (۵۴/۵)	۶۶ (۴۵/۵)	۰/۸۶ (۰/۵۷-۱/۲۹)	
خواب نیم روزی بیش از ۳۰ دقیقه				
ندارد	۶۷ (۴۸/۲)	۷۲ (۵۱/۸)	۱	۰/۲۹
دارد	۱۴۲ (۵۴/۲)	۱۲۰ (۴۵/۸)	۰/۸۰ (۰/۵۳-۱/۲۱)	
اتاق خواب مستقل				
ندارد	۱۸۶ (۵۲/۴)	۱۶۹ (۴۷/۶)	۱	۰/۷۶
دارد	۲۳ (۵۰/۰)	۲۳ (۵۰/۰)	۱/۱۰ (۰/۵۹-۲/۰۳)	
خروپف				
ندارد	۱۳۷ (۲۳/۹)	۱۰۸ (۷۶/۱)	۱	۰/۰۵
دارد	۷۲ (۴۶/۲)	۸۴ (۵۳/۸)	۱/۴۸ (۰/۹۸-۲/۲۱)	
شب ادراری				
ندارد	۲۰۳ (۵۲/۳)	۱۸۵ (۴۷/۷)	۱	۰/۶۶
دارد	۶ (۴۶/۲)	۷ (۵۳/۸)	۱/۲۸ (۰/۴۲-۳/۸۷)	
مصرف ۵دارو یا بیشتر				
ندارد	۱۶۲ (۵۹/۰)	۱۱۳ (۴۱/۰)	۱	۰/۰۰۱
دارد	۴۷ (۳۷/۳)	۷۹ (۶۲/۷)	۲/۴۱ (۱/۵۶-۳/۷۱)	
مصرف داروی خواب				
ندارد	۲۰۳ (۶۱/۰)	۱۳۰ (۳۹/۰)	۱	۰/۰۰۱
دارد	۵ (۷/۵)	۶۲ (۹۲/۵)	۹/۲۶ (۴/۵۸-۱۸/۷۳)	

جدول شماره ۴: ارتباط متغیرهای روانشناختی (وضعیت شناختی، افسردگی و اضطراب) با کیفیت خواب در سالمندان

متغیرهای روانشناختی	خواب مطلوب تعداد (درصد)	خواب نامطلوب تعداد(درصد)	OR (CI95%)	سطح معنی‌داری
وضعیت شناختی				
طبیعی	۱۲۹ (۶۸/۳)	۶۰ (۳۱/۷)	۱	
مشکوک	۳۲ (۴۲/۷)	۴۳ (۵۷/۳)	۲/۸۸ (۱/۶۶-۵/۰۱)	۰/۰۰۱
اختلال شناختی	۴۸ (۳۵/۰)	۸۹ (۶۵/۰)	۳/۹۸ (۲/۵۰-۶/۳۵)	۰/۰۰۱
وضعیت افسردگی				
طبیعی	۱۰۱ (۶۷/۳)	۴۹ (۳۲/۷)	۱	
مشکوک	۹۰ (۵۱/۴)	۸۵ (۴۸/۶)	۱/۹۴ (۱/۲۳-۳/۰۵)	۰/۰۰۱
افسرده	۱۸ (۲۳/۷)	۵۸ (۷۶/۳)	۶/۶۴ (۳/۵۴-۱۲/۴۶)	۰/۰۰۱
وضعیت اضطرابی				
طبیعی	۱۷۳ (۶۳/۸)	۹۸ (۳۶/۲)	۱	
مشکوک	۲۴ (۳۱/۶)	۵۲ (۶۸/۴)	۳/۸۲ (۲/۲۲-۶/۵۸)	۰/۰۰۱
مضطراب	۱۲ (۲۲/۲)	۴۲ (۷۷/۸)	۶/۱۷ (۳/۱۰-۱۲/۲۹)	۰/۰۰۱

هم‌چنین افسردگی با کاهش کیفیت خواب رابطه مستقیم معنی‌داری داشت. با تغییر وضعیت افسردگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

از حالت طبیعی به مشکوک به افسردگی و افسردگی علامت‌دار احتمال بروز کیفیت خواب نامطلوب را به ترتیب ۱/۹۴ و ۶/۶۴ برابر نموده است. ضمنا علائم اضطرابی در سالمندان خواب نامطلوب را ۶/۱۷ برابر نموده است. با استفاده از رگرسیون لجستیک، نقش هر یک از عوامل موثر بر کیفیت خواب، به‌صورت مستقل و پس از حذف سایر متغیرهای درگیر مورد ارزیابی قرار گرفته و یافته‌ها در جدول شماره ۵ آورده شده است. این جدول، نشان می‌دهد هم‌چنان جنسیت زن، مصرف داروی خواب‌آور، اختلال افسردگی و ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی به‌صورت مستقل نیز بر کیفیت خواب تاثیرگذار است.

جدول شماره ۵: نسبت شانس تطبیق یافته تاثیر متغیرهای مختلف بر کیفیت خواب سالمندان

	متغیر	Adjusted OR (CI 95%)	سطح معنی‌داری
سواد	دیپلم و بالاتر	۱	
	زیر دیپلم	۱/۲۹ (۰/۵۲-۳/۱۸)	۰/۵۷
	بی سواد	۱/۰۶ (۰/۵۲-۲/۱۳)	۰/۸۷
زندگی	با همسر	۱	
	با فرزند	۰/۴۰ (۰/۱۳-۱/۲۱)	۰/۱۰
	تنها	۰/۳۵ (۰/۱۰-۱/۲۵)	۰/۱۰
جنس	زن	۵/۴۰ (۲/۸۱-۱۰/۳۶)	۰/۰۰۱
خرویف		۱/۳۰ (۰/۷۷-۲/۱۸)	۰/۳۱
مصرف ۵ دارو یا بیشتر		۰/۷۹ (۰/۴۴-۱/۴۶)	۰/۴۴
مصرف داروی خواب		۶/۵۷ (۲/۹۵-۱۴/۶۰)	۰/۰۰۱
وضعیت شناختی	نرمال	۱	
	مشکوک	۱/۲۴ (۰/۵۶-۲/۷۲)	۰/۵۹
	اختلال شناختی	۱/۳۰ (۰/۶۰-۲/۸۱)	۰/۴۹
وضعیت افسردگی	نرمال	۱	
	مشکوک	۰/۳۶ (۰/۱۵-۰/۹۰)	۰/۰۲
	افسرده	۰/۴۶ (۰/۲۱-۱/۰۰)	۰/۰۵
وضعیت اضطراب	نرمال	۱	
	مشکوک	۰/۴۱ (۰/۱۶-۱/۰۳)	۰/۰۶
	مضطرب	۰/۷۰ (۰/۲۶-۱/۸۴)	۰/۴۷
سلامت جسمی		۰/۹۷ (۰/۹۵-۱/۰۱)	۰/۰۵
سلامت روانی		۰/۹۵ (۰/۹۲-۰/۹۹)	۰/۰۲
کیفیت زندگی مناسب		۱/۰۱ (۰/۹۸-۱/۰۳)	۰/۴۵

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ۴۷/۹ درصد از سالمندان، کیفیت خواب نامناسبی داشتند که اغلب مطالعات خارج و داخل کشور نیز بر پایین بودن کیفیت خواب سالمندان تاکید داشته‌اند. مطالعه مرور سیستماتیک سال ۲۰۲۲ که در خصوص کیفیت خواب افراد ۵۰ سال و بالاتر انجام گرفت، فراوانی کیفیت خواب نامطلوب در این گروه سنی را ۶۴/۰- ۱۱/۲ درصد گزارش نموده است(۱۷). مطالعه دیگری که در خصوص فراوانی اختلال خواب در منطقه دیگری در شمال ایران و بر مبنای خوداظهاری سالمندان ۶۰ سال و بالاتر انجام گرفته بود، فراوانی اختلالات خواب را ۲۴/۸ درصد گزارش نموده است(۱۸).

در این پژوهش، با افزایش سن پس از سالمندی، کیفیت خواب تغییر معنی‌داری نداشت. بر خلاف این یافته، مطالعه‌ای در چین، نشان داد که سن بالاتر با کیفیت خواب نامطلوب همراهی معنی‌داری دارد(۱۹). مطالعه کوهورتی که بر روی ۲۴۰۶ فرد بالغ گروه سنی ۹۸-۱۸ سال در انگلستان انجام گرفت، نشان داد که افزایش سن به تنهایی، عامل اختلال خواب نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی و ...، بر اختلال خواب تاثیرگذارند(۲۰). در این تحقیق، جنسیت از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت خواب بود. ضمنا بیسوادی و زندگی به تنهایی نیز رابطه معنی‌داری با کیفیت خواب نامطلوب داشته است. مطالعه ۱۰ ساله‌ای که در جمعیت ۶۰ سال و بالاتر در چین انجام گرفته بود، نیز رابطه معنی‌داری بین جنس زن، زندگی به تنهایی، عدم اشتغال و سطح تحصیلات پایین را نشان داده است(۱۹).

به نظر می‌رسد بی‌سواد بودن اکثر سالمندان زن در این مطالعه و همچنین فراوانی بیش‌تر زندگی بدون همسر در زنان سالمند در مطالعه حاضر می‌تواند آن‌ها را مستعد اختلالات مختلف جسمانی و روانی از جمله اختلال خواب نماید. علاوه بر این ممکن است بخشی از تغییرات در خواب زنان، ناشی از اختلالات خلقی و افسردگی پس از یائسگی و تاثیر هورمون‌های جنسی باشد(۳).

در تحقیق حاضر، مصرف داروهای خواب آور به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت خواب بود، به نحوی که شانس تعدیل شده کیفیت پایین خواب در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

سالمندانی که از داروی خواب استفاده می‌کردند ۶/۵۷ برابر سالمندانی بود که از داروی خواب استفاده نمی‌کردند. برخلاف این یافته، در مطالعه‌ای که درجمعیت سالمندان ساکن در مراکز مراقبتی کشور مالزی انجام گرفت، رابطه معنی‌داری بین کیفیت خواب و مصرف نامناسب داروها یافت نشد(۲۱). برخی مطالعات دیگر نشان داده‌اند که ارتباط یکسانی بین مصرف داروها و کیفیت خواب وجود ندارد. ویژگی‌های زمینه‌ای افراد مورد بررسی و وجود کوموربیدیتی‌ها در تعیین تاثیر مصرف داروها بر کیفیت خواب تاثیرگذارند(۲۲). هم‌چنین در افرادی که داروهای آرامبخش و یا خواب آور مصرف می‌کنند، آثار باقی مانده این داروها موجب می‌شود که آن‌ها کم‌تر از خواب خود راضی باشند و احساس تجدید قوا و داشتن انرژی در طول روز در این افراد کم‌تر از کسانی باشد که دارو دریافت نمی‌کنند(۲۳).

در این مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین عواملی چون چاقی، محل سکونت، فعالیت فیزیکی، مصرف مواد مخدر، ساعت صرف شام، اختلال شب ادراری و صرف چای و قهوه در شب با کیفیت خواب مشاهده نشد. اگرچه مصرف ترکیبات حاوی کافئین به صورت منظم می‌تواند باعث کاهش میزان ملاتونین و به‌دنبال آن اختلال در خواب شود(۲۴)، ولی در منطقه تحت مطالعه مصرف چای نسبت به قهوه بیش‌تر بوده که ضمن کم‌تر بودن میزان کافئین، با گذشت بیش از ۵ دقیقه از دم کشیدن آن کافئین کاهش می‌یابد.

در مطالعه حاضر بین کیفیت خواب و وضعیت‌شناختی و اضطراب به‌صورت مستقل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در حالی که هم در تجزیه و تحلیل تک متغیره و هم در تجزیه و تحلیل چندگانه کیفیت خواب با افسردگی ارتباط معناداری داشت. مطالعات مختلف نشان دادند که احتمال افسردگی در سالمندان با کیفیت پایین خواب در سال‌های بعد ۱/۳ تا ۲/۵ برابر بیش‌تر می‌باشد و ارتباط دو طرفه‌ای بین خواب و افسردگی گزارش شده است(۲۵). به‌نظر می‌رسد از دست دادن همسر، بازنشستگی، انزوای اجتماعی و شروع بیماری‌های همراه (کوموربیدیتی‌ها) از جمله عوامل خطر افسردگی در سالمندان باشند(۲۶) که بر روی کیفیت خواب ایشان نیز تاثیر می‌گذارند.

در مطالعه حاضر کیفیت خواب با مولفه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار داشت. مطالعات مختلفی ارتباط کیفیت خواب با ابعاد مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان را نشان داده‌اند(۲۸،۲۷). انتظار می‌رود سالمندانی که کیفیت خواب مطلوبی دارند، برداشت بهتری از موقعیت خود در زندگی داشته باشند که موجب بهتر گزارش شدن کیفیت زندگی ایشان می‌گردد.

از آن‌جایی‌که مصرف داروی خواب و جنسیت زن به‌ترتیب قوی‌ترین عامل خطر برای کیفیت پایین خواب در سالمندان بوده است، استفاده از روش‌های غیردارویی مانند مداخلات رفتاری، کنترل محرک‌ها، تکنیک‌های آرام‌سازی، بیوفیدبک، رعایت بهداشت خواب و روش‌های شناختی می‌تواند در پیشگیری و کنترل اختلال خواب در این گروه پیشنهاد شود.

محدودیت مهم این مطالعه، طراحی مقطعی آن است که موجب می‌شود نتوان در خصوص رابطه علیتی متغیرها و کیفیت خواب سالمندان به‌طور قاطع قضاوت نمود. بدین لحاظ، برای ارزیابی دقیق‌تر رابطه علی و معلولی، طراحی مطالعات طولی پیشنهاد می‌شود.

یافته‌ها حاکی از فراوانی بالای کیفیت نامطلوب خواب در بین سالمندان بود که با مصرف داروی خواب‌آور، جنس زن و وضعیت افسردگی ایشان در ارتباط بود. بدین جهت، مداخلات مناسب به‌منظور بهبود کیفیت خواب سالمندان پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه و نیز تمامی سالمندانی که در اجرای طرح همکاری صمیمانه‌ای داشتند کمال تشکر راداریم.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

این مقاله حاصل پروژه تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل بوده است. پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بابل (کد طرح: ۹۴۴۴۱۳۴۷) به تایید رسیده است. ضمنا اطلاعات نمونه‌ها به‌صورت محرمانه بوده و تمامی افراد در مورد پژوهش اختیار کامل در خصوص شرکت یا عدم شرکت در پژوهش را داشتند.

References

1. Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N. Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. Annu Rev Public Health 2022; 43: 439-459.
2. Ravyts SG, Dzierzewski JM. Sleep and Healthy Aging: A Systematic Review and Path Forward. Clin Gerontol 2022: 1-13.
3. Mortazavi SS, Foroughan M, Hosseini SA, Nasiri E, Shahbazi F. Negative Factors Affecting the Sleep Quality of the Elderly in Iran: A Systematic Review. JREHAB 2021; 22(2): 132-153 (Persian).
4. Cavaillès C, Berr C, Helmer C, Gabelle A, Jaussent I, Dauvilliers Y. Complaints of daytime sleepiness, insomnia, hypnotic use, and risk of dementia: a prospective cohort study in the elderly. Alzheimers Res Ther 2022; 14(1): 12.
5. Zhang C, Xiao S, Lin H, Shi L, Zheng X, Xue Y, et al. The association between sleep quality and psychological distress among older Chinese adults: a moderated mediation model. BMC Geriatr 2022; 22(1): 35.
6. Almondes KMd, Castro EdAS, Paiva T. Sleep Habits, Quality of Life and Psychosocial Aspects in the Older Age: Before and During COVID-19. Front Neurosci 2022; 16: 694894.
7. Azizoğlu Şen İ, Özsürekci C, Balcı C, Çalışkan H, Eşme M, Ünsal P, et al. Sleep quality and sleep-disturbing factors of geriatric inpatients. Eur Geriatr Med 2021; 12(1): 133-141.
8. Mc Carthy CE. Sleep Disturbance, Sleep Disorders and Co-Morbidities in the Care of the Older Person. Med Sci (Basel) 2021; 9(2): 31.
9. Kheirkhah F, Alishah M, Bayani MA, Hosseini SR, Ghadimi R, Bijani A, et al. Sleep Quality and Depression: Does Diabetes Mellitus Affect the Association in Older Patients? Iran J Psychiatry Behav Sci 2022; 16(2): e114899 (Persian).
10. Parveen S, George SM, Chand S. Was Sleep a Problem for the Elderly during COVID-19? Sleep Vigil 2021; 5(2): 197-203.
11. Zitser J, Allen IE, Falgàs N, Le MM, Neylan TC, Kramer JH, et al. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) responses are modulated by total sleep time and wake after sleep onset in healthy older adults. PloS One 2022; 17(6): e0270095.
12. Chehri A, Nourozi M, Eskandari S, Khazaie H, Hemati N, Jalali A. Validation of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in elderly population. Sleep Sci 2020; 13(2): 119-124.
13. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. Psychogeriatrics 2017; 17(6): 460-465.
14. Amini P, Maroufizadeh S, Omani Samani R. Evaluating the factor structure, item analyses, and internal consistency of hospital anxiety

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

and depression scale in Iranian infertile patients. Int J Reprod Biomed 2017; 15(5): 287-296.

15. Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. East Mediterr Health J 2019; 24(11): 1088-1097.
16. Hatami O, Aghabagheri M, Kahdouei S, Nasiriani K. Psychometric properties of the Persian version of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE). BMC Geriatr 2021; 21(1): 383.
17. Casagrande M, Forte G, Favieri F, Corbo I. Sleep Quality and Aging: A Systematic Review on Healthy Older People, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(14): 8457.
18. Hosseini SR, Saadat P, Esmaili M, Bijani A. The Prevalence of Self-Reported Sleep Problems and Some Factors Affecting It Among the Elderly in Amirkola. Shiraz E-Med J 2018; 19(3): e59461.
19. Yue Z, Zhang Y, Cheng X, Zhang J. Sleep Quality among the Elderly in 21st Century Shandong Province, China: A Ten-Year Comparative Study. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(21): 14296.
20. Gadie A, Shafto M, Leng Y, Kievit RA. How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. BMJ Open 2017; 7(7): e014920.
21. Kumar S, Wong PS, Hasan SS, Kairuz T. The relationship between sleep quality, inappropriate medication use and frailty among older adults in aged care homes in Malaysia. PloS One 2019; 14(10): e0224122.
22. Fatemeh G, Sajjad M, Niloufar R, Neda S, Leila S, Khadijeh M. Effect of melatonin supplementation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Neurol 2022; 269(1): 205-216.
23. Fitzgerald T, Vietri J. Residual Effects of Sleep Medications Are Commonly Reported and Associated with Impaired Patient-Reported Outcomes among Insomnia Patients in the United States. Sleep Disord 2015; 2015: 607148.
24. Should Melatonin Be Used as a Sleeping Aid for Elderly People? Can J Hosp Pharm 2019; 72(4): 327-329.
25. Paudel M, Taylor BC, Ancoli-Israel S, Blackwell T, Maglione JE, Stone K, et al. Sleep Disturbances and Risk of Depression in Older Men. Sleep 2013; 36(7): 1033-1040.
26. Kok RM, Reynolds CF, 3rd. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA 2017; 317(20): 2114-2122.
27. Denison HJ, Jameson KA, Sayer AA, Patel HP, Edwards MH, Arora T, et al. Poor sleep quality and physical performance in older adults. Sleep Health 2021; 7(2): 205-211.
28. Sella E, Miola L, Toffalini E, Borella E. The relationship between sleep quality and quality of life in aging: a systematic review and meta-analysis. Health Psychol Rev 2021; 17(1): 169-191.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]